

Tragende Gründe

zum Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über
eine Änderung der Mindestmengenregelungen:
Änderung der Nr. 5 der Anlage hinsichtlich der Berechnung
der Leistungsmenge und der Übergangsregelung

Vom 16. Februar 2023

Inhalt

1.	Rechtsgrundlage.....	2
2.	Eckpunkte der Entscheidung	2
3.	Bürokratiekostenermittlung	3
4.	Verfahrensablauf	3
5.	Fazit.....	3

1. Rechtsgrundlage

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V einen Katalog planbarer Leistungen, bei denen die Qualität des Behandlungsergebnisses von der Menge der erbrachten Leistung abhängig ist, sowie Mindestmengen für die jeweiligen Leistungen je Arzt oder Standort eines Krankenhauses oder je Arzt oder bzw. und Standort eines Krankenhauses und Ausnahmetatbestände zu beschließen. Die normative Umsetzung durch den G-BA erfolgt im Rahmen der Mindestmengenregelungen (Mm-R), die vorliegend geändert werden.

2. Eckpunkte der Entscheidung

Die Berechnung der Leistungsmenge in Nummer 5 der Anlage der Mm-R wird ergänzt:

Für die allogenen Stammzelltransplantationen hat der G-BA mit Beschluss vom 15. Dezember 2022 die Zählweise pro stationärem Behandlungsfall festgelegt, weil die ausgewählten OPS-Kodes bei dieser Mindestmenge nur als Aufgreifkriterien dienen, um die einzuschließenden Behandlungsfälle in den Abrechnungsdaten korrekt zu identifizieren. Auch wenn mehrere mindestmengenrelevante OPS-Kodes während eines stationären Behandlungsfalls kodiert werden, zählen diese gemeinsam als eine Leistung zur Erfüllung der Mindestmenge. Für die zeitliche Zuordnung der erbrachten anrechenbaren Behandlungsfälle ist dabei abweichend von § 3 Absatz 4 Mm-R das Datum der ersten während des stationären Behandlungsfalls durchgeführten Prozedur, die in Nummer 5 der Anlage aufgelistet ist, maßgeblich. Sofern während des stationären Behandlungsfalls mehrere der in Nummer 5 der Anlage aufgelisteten OPS-Kodes verschlüsselt wurden, wird für die Erfassung der Leistungsmenge sowie für die zeitliche Zuordnung der jeweils erste OPS-Code gewertet und alle weiteren, zeitlich nachfolgenden OPS-Kodes für die Erfassung der Leistungsmenge nicht mehr berücksichtigt. Für die Erhebung der erbrachten stationären Behandlungsfälle und deren zeitliche Zuordnung sind dabei maßgeblich:

1. der Tag der Aufnahme gemäß § 301 Absatz 1 Nummer 3 SGB V und
2. Datum und Art der im jeweiligen Krankenhaus durchgeführten Prozeduren gemäß § 301 Absatz 1 Nummer 6 SGB V.

Die Übergangsregelungen in Nummer 5 der Anlage der Mm-R werden aktualisiert:

Die mit vom Beschluss 15. Dezember 2022 entfallenden OPS-Kodes 5-411.00, 5-411.02, 5-411.x, 5-411.y, 8-805.00, 8-805.03, 8-805.60, 8-805.62, 8-805.x sowie 8-805.y sind für die Berechnung der Leistungsmenge des Kalenderjahres 2022 und der ersten zwei Quartale des Kalenderjahres 2023 – gemäß der vormaligen Zählweise – jeweils einzeln als erbrachte Leistung zählbar. Das bedeutet, dass bei der Prognosedarlegung im Jahr 2023 für das Kalenderjahr 2024 sowohl bei der Ermittlung der Leistungszahl nach § 4 Absatz 2 Satz 2 Nummer 1 Mm-R (Kalenderjahr 2022) als auch bei der Ermittlung der Leistungszahl nach § 4 Absatz 2 Satz 2 Nummer 2 Mm-R (letzten zwei Quartale 2022 und ersten zwei Quartale 2023) die genannten Codes jeweils einzeln mitgezählt werden dürfen. Bei der Prognosedarlegung im Jahr 2024 für das Kalenderjahr 2025 können die entfallenden OPS-Kodes letztmalig bei der Ermittlung der Leistungszahl nach § 4 Absatz 2 Satz 2 Nummer 1 Mm-R (Kalenderjahr 2023) nur noch für die ersten zwei Quartale des Kalenderjahres 2023 mitgezählt werden. Die vormalige Zählweise (je individuellem OPS-Code) ist übergangsweise für denselben Zeitraum zur Ermittlung der Leistungsmenge anzuwenden, wie auch die entfallenden OPS-Kodes noch zur Ermittlung der Leistungsmenge hinzugezogen werden können.

In einem zweiten Absatz wird die Übergangsregelung für die Anwendung auf § 6 der Mm-R weiter konkretisiert. Durch die Entwicklung der neuen Spezifikation, welche die neue Zählweise der Leistungsmenge umsetzt, stehen entsprechend angepasste Softwareprodukte zur elektronischen Ermittlung und Übermittlung der Leistungsmenge in maschinenlesbarer Form nicht sofort nach Inkrafttreten des Beschlusses zur Verfügung. Für Bestandskrankenhäuser, welche in 2023 noch eine Prognose auf Basis der alten Mindestmenge – und mithin auch auf Basis der alten Spezifikation – abgeben, ist dies kein Problem. Standorte, welche neu oder nach 24-monatiger Unterbrechung in die Leistungserbringung einsteigen, könnten teilweise durch den anders getakteten und flexibel auch unterjährig beginnenden Erfassungszeitraum bereits in 2023 bei der elektronischen Übermittlung auf die (noch nicht vorliegende) neue Spezifikation angewiesen sein. Um technische Probleme bei der regelungskonformen Übermittlung von Leistungszahlen auszuschließen, soll übergangsweise nur die schriftliche Übermittlung ohne Nutzung der Spezifikation Form Anwendung finden.

3. Bürokratiekostenermittlung

Durch den vorgesehenen Beschluss entstehen keine neuen bzw. geänderten Informationspflichten für Leistungserbringer im Sinne von Anlage II zum 1. Kapitel VerFO und dementsprechend keine Bürokratiekosten.

4. Verfahrensablauf

Am 5. Januar und 18. Januar 2023 hat die AG Mindestmengen die Änderung der Übergangsregelung und eine Ergänzung der Berechnung der Leistungsmenge in Nummer 5 der Anlage beraten. Der Unterausschuss Qualitätssicherung hat am 25. Januar 2023 über den Beschlussentwurf beraten und dem Plenum zu seiner Sitzung am 16. Februar 2023 die Beschlussfassung empfohlen.

An der Sitzung der AG und des Unterausschusses wurden gemäß § 136b Absatz 1 Satz 3 SGB V der Verband der privaten Krankenversicherung, die Bundesärztekammer und der Deutsche Pflegerat beteiligt.

5. Fazit

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat in seiner Sitzung am 16. Februar 2023 beschlossen, die Mm-R zu ändern.

Die Patientenvertretung und die Ländervertretung tragen den Beschluss mit.

Der Verband der privaten Krankenversicherung, die Bundesärztekammer und der Deutsche Pflegerat äußerten keine Bedenken.

Berlin, den 16. Februar 2023

Gemeinsamer Bundesausschuss
gemäß § 91 SGB V
Der Vorsitzende

Prof. Hecken